

Antrag auf ZULASSUNG zum berufspraktischen Jahr

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon:
E-Mail:	
Bachelor Studiengang: Soziale Arbeit Pädagogik der Kindheit	Matrikel-Nr.:

Name der Einrichtung:				
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:			
E-Mail:	Telefon:			
Praxisanleiter:in (staatlich anerkannt) ist:				
Berufliche Qualifikation (Praxisanleiter:in):				
Träger der Einrichtung:				
Zeitraum des Berufspraktischen Jahres:				
Beginn:	Ende:	Vollzeit	Teilzeit	Std./Woche
Datum		Unterschrift und Stempel der Praxisstelle		

Bestätigung der betreuenden Lehrperson:	*Weiterleitung Emailbestätigung ausreichend*
Name der Lehrperson	Unterschrift

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen:

Kopie des Bachelor Abschlusszeugnisses

Kopie des Arbeitsvertrages

Ausbildungsplan innerhalb eines Monats nach Beginn

(**Neue** Einrichtungen reichen ein Kurzprofil und den Ausbildungsplan mind. 3 Wochen vor Beginn ein.)

Datum	Unterschrift Antragsteller:in
-------	-------------------------------